

## Formulario de inscripción para la Cuenta de gastos flexible

\*=Campos requeridos

### Paso 1: Información del participante

<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Nombre del empleador (No abreviar)	*Número de identificación del empleado
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
*Nombre del participante (Nombre de pila, segundo nombre, apellido)	*Número de seguro social
<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Dirección de correo del participante	Dirección de correo electrónico (si se suministran, todas las notificaciones se enviarán por correo electrónico)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Ciudad	*Estado      *Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de día	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	*Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Motivo de la inscripción (encierre uno con un círculo): Período de inscripción abierta / Recién contratado	Sexo (encierre uno con un círculo): Hombre/mujer
	Estado civil (encierre uno con un círculo): Casado/soltero

### Paso 2: Primas de los empleados

Si tiene una deducción en nómina para primas de seguro, las primas elegibles se deducirán antes del cálculo de impuestos. Se le inscribirá automáticamente en esta parte de su plan de sección 125. Sin embargo, si lo desea, puede elegir que no se lo incluya en la parte del plan de Conversión de primas de los empleados, comunicándose con su Departamento de Recursos Humanos y completando un formulario de exención. \*Debe tener en cuenta: Las primas de seguro no son elegibles para el reembolso con su cuenta de gastos médicos o de gastos médicos limitados.

### Paso 3: Información sobre elección e inscripción

*Tipo de plan	FSA médica <i>Límite fijado por empleador</i>	Cuenta de atención de dependientes <i>Límite fijado por empleador hasta el máximo del IRS</i>	FSA limitada <i>Límite fijado por empleador si se ofrece este tipo de plan</i>
*Elección anual (si la financiación es del empleador, escriba 'ER' junto al importe)	\$		
*Cantidad de períodos de pago (Nota: Si se inscribe a mitad de año, introduzca la cantidad de períodos de pago restantes dentro del año del plan)	÷		
*Importe por período de pago (a deducirse en cada período de pago)	=		
*Día de primera nómina (mm/dd/aaaa)			
*Fecha de entrada en vigencia del participante (mm/dd/aaaa)			
*Frecuencia de pago (encierre uno con un círculo):	Mensual / Semi-Mensual / Bisemanal (24) / Bisemanal (26) / Semanal / Otro		

### Paso 4: Servicios opcionales *Seleccione sólo uno. Verifique con su empleador cuáles son los servicios que ofrece su plan.*

<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito	Con la tarjeta de débito se paga directamente desde su Cuenta de gastos flexible en el punto de venta. Se requieren recibos detallados para todas las transacciones que no se sustentan automáticamente en el punto de venta.
<input type="checkbox"/> Explicación de beneficios (EOB) automática	La EOB automática es la transferencia automática de los reclamos de salud elegibles de un prestador de seguro médico del participante. El pago se le hace automáticamente a usted desde su cuenta de gastos flexible.

### Paso 5: Autorización o rechazo *\*Seleccione sólo uno.*

<input type="checkbox"/>	<b>Autorización del participante</b> Autorizo a mi empleador a reducir mi pago sobre la base de cada período de pago como se indicó precedentemente. Comprendo que la reducción que me harán es para un año del plan flexible y que no puedo cambiar o revocar mi elección a menos que experimente un evento que califique de acuerdo con la sección 125 del Código del IRS y presente mi solicitud dentro de un plazo razonable según lo considere el IRS y mi empleador. Soy consciente de la disposición de confiscación y que los beneficios federales de desempleo y mi seguro social se pueden reducir debido a mi salario reducido a los fines impositivos. Además, autorizo la entrega de la información que sea necesaria para sustanciar los reclamos presentados contra mi cuenta de gastos flexible.
<input type="checkbox"/>	<b>Negativa del participante</b> No deseo participar. Comprendo que al negarme a participar no podré inscribirme en este año del plan a menos que experimente un evento que califique de acuerdo con la sección 125 del Código del IRS y presente mi solicitud dentro de un plazo razonable según lo considere el IRS y mi empleador.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Firma del empleador (No se requiere durante la inscripción abierta)	*Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Firma del participante	*Fecha

